

Division of Labor Services

IMPORTANTE - LEA CON CUIDADO

La División de Servicios Laborales hace cumplir las leyes de Cobro de Pago de Salarios de Iowa y del salario Mínimo Legal en Iowa. **Adjunto encontrará un Formulario de Reclamación de Salarios que deberá llenar en su totalidad. Asegúrese de incluir la cantidad de la reclamación, de firmar el formulario, de poner la fecha y de entregar el formulario en esta oficina.**

Nuestra Dirección Es: Division of Labor Services
1000 East Grand Avenue
Des Moines, IA 50319-0209

Su reclamación no se aceptara si su caso es alguno de los siguientes:

- La cantidad de su reclamación excede \$5,000.00
- La reclamación de pago es por un trabajo que no se hizo en Iowa

Conforme a la ley, nuestra oficina podría negarse a aceptar una queja por incumplimiento de pago de salario un año después de la fecha en que el pago se venció y era pagadero. Por lo que le pedimos no incluir en su reclamación ninguna cantidad que se haya vencido o que era pagadera un año antes de la fecha en que usted entregó esta queja a nuestra oficina.

Para que nuestra oficina pueda investigar su reclamación de manera eficaz y eficiente, deberá de llenar el formulario en su totalidad y detalladamente. En caso de que su patrón le pague parte o el total de los salarios después de haber entregado su Formulario de Reclamación de Salarios, tendrá un plazo de tres días para notificar esta oficina de haber recibido el pago del patrón.

También le informamos que una vez que esta oficina reciba y acepte su Formulario de Reclamación de Salarios, se le enviara una carta a su patrón. En esa carta, se le dará al patrón 14 días para responder con información y documentación. Si el patrón nos proporciona con una respuesta por escrito, nos pondremos en contacto con usted. Si el patrón no responde, esperaremos un lapso total de 14 días antes de seguir adelante o antes de comunicarnos.

VACACIONES: Si su reclamación es por pago de vacaciones, le informamos que conforme a la Ley de Cobro de Pago de Salarios de Iowa, usted tiene derecho solamente al pago de las vacaciones de acuerdo con la política de la compañía, o con el acuerdo entre usted y el patrón.

INDEMNIZACION POR DESPIDO, REPARTO DE UTILIDADES O PLANES DE PENSION: Si su reclamación es por indemnización por despido, por pago de reparto de utilidades o por pagos de un plan de pensión, esta oficina no podrá actuar a su favor. Conforme a una decisión de la Suprema Corte de Justicia de Los Estados Unidos, la ley estatal ha sido reemplazada. Para obtener información sobre una reclamación de indemnización por despido, por pagos de reparto de utilidades o por pagos de un plan de pensión que se le deban conforme a la política de la compañía o conforme al acuerdo que haya llegado con la compañía, deberá ponerse en contacto con el Departamento de Pensión Laboral & La Administración de Beneficios de Asistencia Social de Estados Unidos (U. S. Department of Labor Pension & Welfare Benefits Administration) al 2300 Main St., Suite 1100, Kansas City, MO 64108. El número de teléfono es (816) 285-1800.

HORAS EXTRAS DE TRABAJO: Si su reclamación es por incumplimiento de pago de horas extras de trabajo conforme a la política de la compañía o conforme al acuerdo que haya llegado con su patrón, podrá incluirla en el formulario de reclamación de salarios. Sin embargo, si su reclamación es por incumplimiento de pago de horas extras que usted cree que se le debe conforme a la ley federal, deberá de ponerse en contacto con el Departamento Laboral de Estados Unidos (U.S. Department of Labor) al 210 Walnut, Des Moines, IA 50309. El número de teléfono es (515) 284-4625.

***Por favor, complete la hoja de reclamación de salarios en la parte posterior de esta carta.**



HOJA DE TRABAJO DE LA RECLAMACION DE SALARIOS

Docket # _____
(Division of Labor Entry)

Empleador: _____

SUELDOS O SALARIOS					
Periodo de Paga	Horas Trabajadas	Pago por Hora	Cantidad que se le Debe	Cantidad Pagada	Cantidad No Pagada
Totales					

Reembolsos		Deducciones No Autorizadas		Otro	
Fecha	Sin ser Pagados	Fecha	Cantidad	Fecha	Cantidad
Total		Total		Total	

Cantidad Total \$: _____

Yo certifico que la información que he proporcionado es verídica conforme a mi mejor saber y entender.

Nombre Imprimido: _____

Firma: _____

Fecha: _____

RECLAMACION DE SALARIOS

Iowa Workforce Development, Division of Labor
1000 East Grand Avenue
Des Moines, IA 50319-0209

Sólo Para Uso de la Oficina (For Office Use Only)

Para el reclamante

Wage Claim Number _____

Número de Seguro Social _____

Assignment _____

Información del Reclamante				Por favor llene toda la información complete y detalladamente			Información de la Compañía				
Marque uno: MR. MS.		Nombre y Apellido		Nombre de la Compañía							
Dirección						Dirección de la Compañía					
Ciudad		Estado	Código Postal		Ciudad		Estado	Código Postal			
Fecha de Nacimiento		Teléfono:				Nombre del Propietario					
Correo Electrónico						Tipo de Negocio		Teléfono			
Nombre, Dirección, Teléfono de la persona mediante la cual podemos localizarlo en todo momento						Nombre y Dirección del Banco					
Nombre y Apellido			Teléfono			Nombre del Banco					
Dirección						Dirección					
Ciudad		Estado	Código Postal		Ciudad		Estado	Código Postal			

Wages Claimed

1. La cantidad total de su reclamación (no deduzca los impuestos o el seguro social): _____

2. Mi reclamo es por lo siguiente: (marque la(s) caja(s) que se aplican a su caso y proporcione la información por cada una).

Sueldo Mínimo

Incumplimiento de Sueldos y/o Salarios

Si se trata de salario, ¿En que fechas no le pagaron su salario o no le pagaron lo suficiente? _____/_____/_____ to _____/_____/_____

Sueldos: Total número de horas trabajadas y sin ser pagadas o no le pagaron lo suficiente _____ a \$ _____ por hora

Salarios: Total número de semanas trabajadas y sin ser pagadas o no le pagaron lo suficiente _____ a \$ _____ por semana

Comisiones que no han sido pagados

Si estaba en comisión, que porcentaje debería de haber recibido _____ %

Ventas totales, servicios, etc... proveídos por los cuales no le pagaron su comisión (no deduzca los impuestos ni el seguro social) \$ _____

¿Qué fecha acordó usted con la compañía que sería su fecha de pago? Explique detalladamente: _____

Trabajo por comisiones no pagadas fueron trabajadas durante las siguientes fechas: _____

Comisiones que no han sido pagados

Si le dedujeron de su sueldo, explique cuál fue la razón: _____

La deducción fue hecha en lo siguiente: Fecha _____/_____/_____ o Periodo de Pago _____/_____/_____ to _____/_____/_____

Pago de Vacaciones

¿Cuál es el reglamento de la compañía en cuanto a pagar las vacaciones o el tiempo personal al terminar de trabajar con la compañía?

Explique con detalle: _____

Bonos

Expliqué con detalle: _____

Otro(s)

El reclamo no está incluido en las opciones proveídas y/o hay información adicional que debe de ser incluida. Expliqué con detalle: _____

Ver el Revés

ACUERDO DE TRABAJO

3. ¿Quién lo contrato? _____
4. ¿Quién era su supervisor inmediato? _____
5. ¿Qué tipo de trabajo hacía? _____
6. ¿El trabajo se hizo en Iowa? Sí No
7. ¿En qué fecha empezó a trabajar? ____/____/____
mm dd yr
8. ¿En qué fecha termino de trabajar? ____/____/____
mm dd yr
9. Acuerdo de Pago: Oral Contrato Póliza de Trabajo
10. Acuerdo de Pago: _____ Por Hora Por Semana Por Mes Otro (Explique): _____
11. Frecuencia de Pago: _____ Por Semana Por Quincena Por Mes Otro (Explique): _____
12. ¿Cómo le pagaban? Cheque En Efectivo Otro (Explique): _____
13. El empleo fue terminado porque: Renuncio: Sí No Lo despidieron: Sí No
14. ¿Ha solicitado el seguro de desempleo desde la salida de este empleador? Sí No
15. ¿El empleador todavía se encuentra en el mismo negocio? Sí No Si no es así, explique detalladamente: _____
16. ¿La compañía le dedujo el seguro social y los impuestos retenidos? Sí No
Si no, explique con detalle porque y adjunte un copia: _____
17. ¿Firmo alguna autorización para otras deducciones? Sí No
Si sí, explique y adjunte una copia de la explicación. _____
18. ¿La compañía le fijo horas regulares de trabajo? Sí No
19. ¿Tiene usted un contrato con el sindicato? Sí No
Si es así, comuníquese con el representante del sindicato antes de entregar esta reclamación a la División Laboral.
20. ¿Ha contratado a un abogado ó hecho una demanda legal referente a este asunto? Sí No
Si es así, no entregue esta reclamación hasta que haya hablado de esto con su abogado. Proporcione el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado y el nombre del condado en el cual hizo la demanda.

Nombre y Apellido

Teléfono

Nombre del Condado

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

21. ¿Está dispuesto a comparecer y atestiguar en el Tribunal? Sí No

Si contesto que no, sírvase a explicar la razón. _____

Asegúrese de que su seguro social este escrito en la primera página, en la parte izquierda y arriba de esta aplicación.

DECLARACIÓN JURADA, ASIGNACIÓN, Y NOTIFICACIÓN

Certifico por el presente, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en este formulario es verídica conforme a mi mejor saber y entender.

Cedo en fideicomiso al Comisionado Laboral esta reclamación y todas las sanciones acumuladas debido al incumplimiento de pago, y los derechos de retención. Esta cesión tendrá vigencia a partir del momento que el Comisionado determine que mi reclamación es válida. Autorizo al Comisionado a resolver esta reclamación. Autorizo al comisionado a recibir pago por esta reclamación, y autorizo que tal pago me sea enviado por correo a menos que yo haya hecho otro arreglo con el Comisionado.

Entiendo que debo cooperar como lo requiere el Comisionado, y que es mi responsabilidad proporcionar la información suficiente para comprobar la validez de mi reclamación pendiente. Entiendo que no existe ninguna garantía de que el Comisionado aceptara mi reclamación, y tampoco existe ninguna garantía de que el Comisionado podrá cobrar la cantidad de la reclamación.

Firma del Reclamante _____ Fecha _____

